ESSAI

N° 112.

SUR

L'AFFECTION TYPHOÏDE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 28 mai 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR LOUIS LACAZE.

Si c'est un subject que je n'entende point, pour cela mesme je l'essaye, sondant le gué de bien loing; et puis, le trouvant trop profond pour ma taille, je me tiens à la rive.

MONTAIGNE, livre 1^er^., chap. L.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	.....
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL, *Président.*
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS, *Suppléant.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER. / ..... / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER, *Examinateur.* / DUBOIS, *Examinateur.* / DUPUYTREN. / ROUX, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque, *Examinateur.*	Dubois.
Bayle.	Gerdy.
Berard, *Examinateur.*	Gibert.
Blandin, *Suppléant.*	Hatin.
Bouillaud.	Lisfranc.
Bouvier.	Martin Solon.
Briquet.	Piorry.
Brongniart.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.
Dubled.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ESSAI

SUR

L'AFFECTION TYPHOÏDE.

Il est une affection qui mérite toute l'attention des médecins, à cause de sa gravité, du nombre de sujets qu'elle attaque, des médications variées qui lui ont été opposées, et de la lésion qu'on rencontre presque constamment dans les cadavres de ceux qui en sont les victimes : je veux parler de cette maladie décrite par différens auteurs sous les noms de *fièvre muqueuse*, *putride*, *maligne*, *adynamique*, *ataxique*, *entéro-mésentérique*, *dothinentérite*, *gastro-entérite intense*, *entérite folliculeuse*, etc., et que MM. *Louis* et *Chomel* ont appelée *fièvre* ou *affection typhoïde*, à cause de son analogie avec le typhus.

Si on lit les auteurs anciens, ont trouve qu'ils ont décrit beaucoup d'états morbides dont les symptômes présentent avec ceux de la maladie qui nous occupe une parfaite ressemblance; mais comme ils cultivaient peu l'anatomie pathologique, la description des altérations cadavériques manque entièrement, ou bien, si elle existe, elle est souvent vague et incomplète, et ne peut pas être rapprochée de la lésion

plus ou moins grave des glandes de *Peyer* et de *Brunner*, qu'on regarde assez généralement comme étant le caractère anatomique de l'affection typhoïde.

Le premier ouvrage dans lequel est signalée d'une manière exacte une altération analogue à celle que l'on rencontre aujourd'hui dans les cadavres de ceux qui ont succombé à des fièvres graves, est celui de *Rœderer* et *Wagler*, sur la maladie muqueuse de Gœttingue : je dis une altération analogue, car, dans l'épidémie dont ces auteurs ont rapporté l'histoire, l'estomac et le duodénum étaient les principaux siéges du mal, tandis que dans la fièvre typhoïde c'est la fin de l'intestin grêle qui est toujours malade ; de plus, *Rœderer* et *Wagler* n'ont décrit que l'affection des follicules isolés, et s'ils paraissent avoir fait quelquefois mention des plaques de *Peyer*, celles-ci ne se sont pas présentées à eux dans l'état de désorganisation où nous les voyons aujourd'hui. Il est vrai qu'on trouve dans quelques endroits de leur ouvrage qu'un certain nombre de malades succombaient avec *des gangrènes intestinales* : faut-il entendre par ces mots assez vagues, *gangrènes intestinales*, l'ulcération plus ou moins grave des glandes de *Peyer*.

Quoiqu'il en soit, en 1804, dans un livre ayant pour titre : *Médecine éclairée par l'ouverture des corps*. Prost décrivit mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'alors les altérations que présentent les intestins dans les fièvres adynamiques et ataxiques. Déjà ses consciencieuses ouvertures de cadavres lui avaient appris que la fin de l'iléon est principalement interressée dans ces maladies, qu'on y trouve *des bourgeons rougeâtres, s'élevant au-dessus du niveau de la membrane muqueuse, des plaques rouges avec épaississement de l'intestin, et des ulcérations plus ou moins nombreuses.*

En 1813, MM. *Petit* et *Serres*, médecins de l'Hôtel-Dieu de Paris, firent paraître un Traité de cette affection, sous le nom de *Fièvre entéro-mésentérique*, à cause de la lésion de l'intestin grêle et de celle des glandes du mésentère qui correspondent à cette partie du canal alimentaire. Ils joignirent à leur ouvrage des planches coloriées qui re-

présentent l'altération à ses différens degrés, et l'on peut dire que dès cette époque l'histoire anatomique de cette maladie était déjà fort avancée.

Bientôt après, les grands travaux de M. *Broussais* fixèrent fortement l'attention des médecins sur l'état du tube digestif dans les fièvres graves, et MM. *Bretonneau*, *Andral*, *Bouillaud*, *Louis*, *Cruveilhier*, et d'autres praticiens, jetèrent de nouvelles lumières sur cette partie de la science. Malgré leurs savantes recherches, on n'est pas encore aujourd'hui d'accord sur le degré d'importance que l'on doit attacher à la lésion intestinale dans l'affection typhoïde. J'exposerai plus loin, dans le cours de cette thèse, les opinions des différens auteurs sur ce point capital.

Causes.

Elles sont fort obscures ; la plupart de celles que les anciens auteurs ont assignées aux fièvres graves ne paraissent pas avoir toute l'efficacité qu'ils leur ont attribuée. On peut même dire que dans un grand nombre de cas l'affection typhoïde se manifeste au milieu de conditions tout à fait opposées à celles qu'ils ont énumérées comme en favorisant le développement. En analysant les observations des médecins modernes qui se sont le plus occupés de ce sujet, on trouve que deux circonstances seulement semblent prédisposer d'une manière non équivoque à cette maladie : 1°. la jeunesse ; 2°. le changement d'habitudes et de lieux. La plupart des sujets qu'elle attaque ont de quinze à trente ans. Il paraît résulter d'un certain nombre de faits, recueillis par M. *Louis*, qu'elle est d'autant moins redoutable que les individus sont moins âgés. Les jeunes gens qui affluent chaque année dans la capitale en sont principalement atteints ; ils changent d'air, de nourriture, d'occupations, leur genre de vie est modifié dans tous les points, et, après un séjour de plusieurs mois, un an, et quelquefois plus tard encore, les symptômes de la fièvre typhoïde se manifestent. C'est en quelque sorte le prix de leur acclimatement, et comme un tribut qu'ils sont obligés de payer. Cette affection est pour eux,

comme on l'a dit, ce qu'est la fièvre jaune pour les Européens qui vont habiter les Antilles.

MM. *Petit* et *Serres* avaient pensé que les individus faibles et épuisés étaient plus exposés que les autres à cette maladie : rien ne prouve qu'il en soit ainsi. Les constitutions les plus diverses paraissent avoir des chances égales : peut-être même l'affection est-elle plus grave chez les jeunes gens forts, vigoureux, à tempérament sanguin ; après quelques jours d'une réaction assez marquée, il n'est pas rare de les voir présenter les symptômes les plus tranchés de l'adynamie.

Les résultats numériques fournis par les hôpitaux pourraient faire croire que les femmes sont moins sujettes à l'affection typhoïde que les hommes ; mais l'importance de ces chiffres devient moindre, quand on réfléchit que le nombre des femmes qui quittent les provinces pour venir habiter Paris est bien moins considérable que celui des hommes.

L'influence des professions sur la fréquence et la gravité de cette maladie est fort douteuse. On a dit que les élèves en médecine y étaient exposés ; que l'air vicié des hôpitaux et des amphithéâtres était pour eux une condition funeste qui en favorisait le développement. L'expérience prouve qu'ils n'y sont pas plus sujets que les autres jeunes gens, et que ceux qui en sont atteints n'ont, pour la plupart encore, fréquenté ni les hôpitaux, ni les salles de dissection ; d'ailleurs la fièvre typhoïde se montre aussi souvent parmi les étudians en droit que parmi les étudians en médecine.

Une alimentation irritante a-t-elle réellement la part qu'on lui a attribuée dans la production de cette affection ? On sera porté à penser que son action est nulle, si l'on parcourt les recueils d'observations de M. *Andral* et de M. *Louis*. Lorsque l'on fréquente les hôpitaux, on s'aperçoit bientôt que la plupart des maladies de l'intestin, telles que des diarrhées, des dysenteries, produites par des excès de table ou par des alimens irritans, se guérissent facilement et en peu de jours sous l'influence de la diète et du repos, et qu'elles diffèrent beaucoup, sous ce rapport, de la fièvre typhoïde. Les chagrins ne paraissent pas

y prédisposer plus que les autres circonstances que je viens de rappeler. MM. *Petit* et *Serres* ont remarqué qu'elle était plus fréquemment mortelle sous l'influence du froid et de l'humidité.

La fièvre typhoïde, ordinairement sporadique, sévit quelquefois d'une manière épidémique. Des épidémies de cette maladie eurent lieu en 1819 à Tours, en 1821 à Saint-Cyr, en 1826 à l'école et dans la ville de La Flèche, etc.; M. *Cruveilhier* en a aussi observé une épidémie à Limoges, dans l'hiver de 1816 à 1817. Plusieurs médecins, et entre autres M. *Bretonneau* et M. *Gendron*, ont pensé qu'elle était contagieuse, en se fondant sur des faits par eux observés dans plusieurs circonstances. M. *Bretonneau* a dit récemment que dans les grandes villes, particulièrement à Paris, la dothinentérite (fièvre typhoïde) était contagieuse, mais contagieuse à sa manière, et que sa transmission ne se faisait pas d'après les mêmes lois que les autres exanthèmes cutanés. Je ne puis que répéter ici ce que les médecins qui observent à Paris objectèrent à M. *Bretonneau*, lorsqu'il émit cette proposition. Si cette maladie se transmet par le moyen des lits des hôtels garnis et des logeurs, comme on l'a prétendu, il semble que les sujets doivent être plus exposés à la contracter très-peu de jours après leur arrivée à Paris qu'après un séjour de plusieurs mois ou d'un an dans cette ville; on remarque cependant que ce dernier cas est le plus ordinaire. De plus, dans aucun hôpital on ne paraît avoir observé de contagion par le moyen des lits, quoique presque tous les lits des différens hôpitaux aient dû être occupés tour à tour par des sujets affectés de fièvre typhoïde. M. le professeur *Andral*, qui a eu de fréquentes occasions de soigner des étudians en droit et en médecine atteints de cette maladie, n'a jamais vu un seul exemple de contagion, quoique les malades reçussent jour et nuit les soins les plus empressés de leurs camarades, qui se trouvaient dans toutes les conditions d'âge et de changement d'habitudes qu'on a regardées comme donnant le plus souvent naissance à cette affection. J'ai suivi pendant deux ans la clinique de M. le professeur *Chomel*, et dans aucun autre service peut-être les élèves n'ont autant de rapports avec

les sujets atteints de fièvres graves ; chacun les touche très-fréquemment pour s'assurer de l'existence des taches typhoïdes, des sudamina, du ballonnement du ventre ; chacun les ausculte, toutes les fois que l'état le permet, pour entendre le râle sibilant, si fréquent dans cette affection ; je n'ai jamais rien observé qui pût me faire penser que cette maladie fût contagieuse.

Symptômes, marche, durée, terminaison.

Si l'on jette un coup-d'œil sur l'ensemble des symptômes de la fièvre typhoïde, et si l'on examine avec attention l'ordre dans lequel ils se succèdent, on peut assez facilement distinguer deux périodes : une première, qui dure ordinairement dix ou douze jours, dans le cours de laquelle se manifeste une réaction plus ou moins considérable ; et une seconde, dont la durée est très-variable, et dans laquelle prédominent la prostration et l'adynamie.

Première période. Rien de plus varié que le début de la fièvre typhoïde. Un certain nombre de sujets se sentent depuis plusieurs jours plus faibles qu'à l'ordinaire ; ils ont un léger mal de tête, leur appétit a diminué, ils ont du dévoiement ; le sommeil n'est pas réparateur, il est troublé par des rêves effrayans. Cet état persiste plus ou moins, et alors les malades, sentant leurs forces décroître, éprouvant de temps à autre, et surtout vers le soir, des alternatives de frisson et de chaleur, et souffrant de plus en plus du mal de tête, se mettent au lit, ou viennent chercher du secours dans les hôpitaux. Dans la majeure partie des cas, les premiers symptômes sont des frissons, des tremblemens des membres, des douleurs de ventre, une diarrhée plus ou moins considérable : la diarrhée cependant n'existe pas toujours dès le principe. Il n'est pas très-rare d'observer chez des individus jeunes et vigoureux tous les caractères de la fièvre inflammatoire la plus franche, sans aucun trouble appréciable vers le tube digestif. Quelques malades éprouvent une faiblesse extrême dès le premier jour, et

sont obligés de se mettre au lit; d'autres sont pris, au début, des phénomènes nerveux les plus graves : des convulsions, une syncope, le délire, sont au nombre des premiers symptômes qui se montrent : ce mode d'invasion est souvent d'un mauvais augure; il est probable dans ce cas que la maladie sera grave et que la forme ataxique dominera pendant tout son cours. J'ai vu plusieurs fois, surtout pendant l'hiver, des sujets arriver à l'hôpital, dès le commencement de l'affection, avec des symptômes graves vers la poitrine; la toux était forte, la respiration haute, fréquente, la parole entrecoupée; on entendait du râle sibilant et muqueux dans toute l'étendue du thorax; il y avait un mouvement fébrile considérable, pas de douleurs de ventre, peu ou pas de dévoiement. L'attention se portait alors naturellement vers les organes respiratoires; on croyait simplement à l'existence d'un fort catarrhe, dont l'étendue et l'intensité semblaient suffire pour expliquer les symptômes généraux; mais dans l'espace de quelques jours, surtout sous l'influence d'une ou deux saignées, les accidens dont la poitrine était le siége avaient beaucoup diminué, et néanmoins le mouvement fébrile continuait avec autant de force : on ne tardait pas alors à voir se dessiner nettement les caractères de l'affection typhoïde.

Quel qu'ait été le début, qui, dans certains cas, peut être insidieux, bientôt survient un ensemble de phénomènes qui fixe le diagnostic. La céphalalgie existe presque constamment dans cette période : les malades se plaignent souvent d'une douleur vive, qui a son siége au fond des orbites; d'autres accusent un sentiment de pesanteur et de malaise dans toute la tête et qui persiste le jour et la nuit; la céphalalgie dure ordinairement pendant les sept ou huit premiers jours, et cesse quand le délire ou l'assoupissement se déclarent. La faiblesse musculaire est déjà très-marquée, les mouvemens sont lents, difficiles; la marche est chancelante et ressemble à celle d'un homme ivre; le malade se tient aux corps environnans, de peur de tomber; souvent même en s'asseyant sur son séant il a des vertiges. Le sommeil est nul, ou bien il est interrompu par des sursauts et des visions

fantastiques. Les facultés intellectuelles sont peu troublées au commencement, mais bientôt la mémoire devient lente, les réponses plus difficiles; les sens éprouvent aussi déjà plusieurs modifications dans leur action. Il y a des bourdonnemens d'oreille, des sifflemens, des bruits singuliers; déjà quelquefois un peu de surdité, toutefois elle a lieu rarement dès le début. La surdité varie d'intensité d'un jour à l'autre, et même elle cesse et se reproduit plusieurs fois dans la même journée. Les yeux sont assez souvent rouges et brillants; la plupart des malades éprouvent des éblouissemens, des vertiges; il leur semble que les objets qui les environnent tournent autour d'eux; quelques-uns ne voient qu'à travers un nuage. L'odorat, le goût et le tact ne présentent rien de particulier; ce n'est que plus tard qu'ils deviendront inactifs ou pervertis. La langue, plus ou moins humide, est blanchâtre, quelquefois rouge à la pointe; la gorge souvent douloureuse. Il y a anorexie, amertume de la bouche, soif; rarement nausées et envies de vomir. La main appuyée sur l'épigastre n'y détermine pas le plus ordinairement de douleur; mais lorsqu'on presse sur la région iliaque droite, le malade se plaint quelquefois d'une sensation sourde et obscure de souffrance, et après qu'on a appuyé, avec la main, sur cette partie, on entend un léger gargouillement qui se prolonge pendant quelques instans. Le ventre acquiert du volume; en le percutant légèrement on en tire un son tympanique: ce météorisme est fort important à noter; il sert beaucoup le médecin dans son diagnostic. Le malade a plusieurs selles liquides dans la journée; elles ressemblent à de l'eau colorée en jaune; la peau est le plus souvent sèche et chaude, cependant chez les sujets qui ont, dès le début, la surface du corps injectée, la moiteur est presque continuelle. Vers le huitième jour, presque jamais auparavant, se montre à la surface du corps une éruption, très-rare dans les autres maladies et très-fréquente dans celle-ci, de taches roses, lenticulaires, ayant une demi-ligne de diamètre, quelquefois davantage, inégalement circonscrites, peu ou point élevées à la surface de la peau; elles occupent le ventre, la poitrine, le cou, et dans quelques cas les mem-

bres ; elles sont plus rares à la partie postérieure du tronc : c'est sur le ventre qu'elles apparaissent d'abord et en plus grande quantité. Sur une peau brune elles sont difficiles à apercevoir, parfois même manquent entièrement. Il faut prendre garde de les confondre avec les piqûres de puces ; on les distinguera le plus souvent de ces dernières par l'absence du point central. Ces taches typhoïdes sont rares ou nombreuses ; quelquefois elles apparaissent toutes simultanément, mais plus fréquemment l'éruption est successive, de manière que, lorsque les premières s'effacent, d'autres deviennent visibles. Il n'existe aucun rapport entre le nombre des taches et l'intensité de l'affection ; ainsi elles peuvent être en grande quantité chez des sujets dont la maladie est légère, et très-peu nombreuses chez d'autres dont la maladie est grave. Pendant que ces phénomènes se montrent, le pouls bat cent fois au moins par minute ; des épistaxis apparaissent ; plus ou moins abondantes, elles se renouvellent dans certains cas plusieurs jours de suites, plusieurs fois même dans une seule journée ; rarement elles font cesser la céphalalgie, et si elles la diminuent, ce n'est que pour quelques instans. Bientôt la langue, jusqu'alors humide et couverte d'un enduit blanchâtre ou jaunâtre, commence à se sécher ; elle devient collante. Les selles liquides se suppriment quelquefois à cette époque, et la maladie poursuit sa marche ; ce qui confirme le médecin dans l'idée que ce n'est pas une entérite qu'il est appelé à traiter, en supposant qu'il ait pu conserver quelque doute à cet égard. La toux est incommode ; les malades rejettent des crachats collans, qui prennent une forme étoilée dans le vase où ils sont reçus. L'oreille appliquée sur la poitrine entend un râle sibilant ou sonore dans toute son étendue, et qui n'est pas toujours en proportion avec la toux. Le teint commence à changer, la peau devient pâle ou jaunâtre ; la figure s'altère, a moins d'expression ; les forces diminuent : tout annonce l'approche de la deuxième période de la maladie.

Deuxième période. Ce qui frappe d'abord, c'est la stupeur ou typhomanie. Déjà à la céphalalgie a succédé la somnolence ; les facultés

intellectuelles sont comme engourdies, le malade répugne beaucoup à leur exercice ; immobile, couché sur le dos, les yeux ternes, demi-ouverts, fixes ou hagards ; il semble étranger à tout ce qui l'environne. Au début de la maladie, les femmes ne laissaient qu'avec peine le médecin examiner leur abdomen pour qu'il pût s'assurer de l'existence des taches typhoïdes ; mais maintenant le cerveau n'est plus assez libre pour que ce sentiment de pudeur puisse avoir lieu, et elles restent comme indifférentes à cette visite. Les malades ne reconnaissent plus leurs parens, leurs amis. Le délire vient interrompre la sonnolence ; c'est principalement la nuit qu'il a lieu ; tantôt il présente assez peu d'intensité pour qu'on puisse fixer l'attention des sujets pendant quelques instans, de sorte qu'ils répondent assez juste aux questions qu'on leur adresse ; tantôt ceux-ci n'ont pas l'air de s'apercevoir qu'on les interroge, parlent toute la nuit ou marmottent certaines paroles sans suite, de manière à imiter une espèce de grognement continuel qui se prolonge au milieu de l'assoupissement. Chez d'autres, enfin, l'agitation est extrême ; ils courent dans les salles en poussant des cris violens, et on est obligé de les maintenir dans leur lit au moyen du gilet de force. Quelques-uns, au milieu des symptômes les plus graves, disent se trouver bien ; ce signe a été regardé comme très-fâcheux, et M. *Louis* n'a vu guérir aucun de ceux chez lesquels il l'a observé. Les mouvemens sont de plus en plus difficiles ; le malade se laisse manier comme un corps inerte ; si l'on essaie de l'asseoir sur son lit, il est pris d'étourdissemens et de défaillances. La surdité a augmenté ; le goût est altéré ou perverti, car quelques sujets mâchent sans répugnance des substances très-amères ; d'autres trouvent à leurs crachats une grande fétidité, quoique ceux-ci n'en présentent réellement aucune ; la peau chaude, sèche, rugueuse, est d'un jaune sale, le pouls tremblotant. C'est ordinairement dans le cours de la seconde période, mais à une époque variable, que se montre à la peau, chez un certain nombre de malades, une éruption de petites vésicules transparentes, nacrées, brillantes, semblables à des gouttes de rosée, d'un quart de ligne à une ligne de

largeur, devenant opaques après quelques jours, et formant des écailles blanchâtres : elles sont très-sensibles sous le doigt, qui peut les déchirer en les pressant avec une certaine force. Leur apparition n'est pas constante, mais elles sont beaucoup plus fréquentes dans le cours de la fièvre typhoïde que dans les autres maladies. Quelquefois assez nombreuses pour couvrir la plus grande partie de la surface du corps, elles se montrent le plus ordinairement vers le cou et l'articulation scapulo-humérale ; leur durée varie de trois à dix jours. Comme les taches typhoïdes, les sudamina ont lieu aussi fréquemment dans les cas où l'affection est légère que dans ceux où elle est grave. Du côté de la peau apparaissent encore des phénomènes très-rares dans les autres maladies aiguës, et qui sont, pour ainsi dire, particuliers aux fièvres graves ; des escharres ont lieu à la surface du corps dans les points soumis à une certaine pression, aux fesses, à la région du sacrum et des grands trochanters ; quelquefois même, tant est grande la tendance à l'ulcération, il paraît des gerçures ulcéreuses dans des points où l'on ne peut guère accuser la pression d'en être la cause occasionelle : c'est ainsi qu'on en voit survenir dans la rainure qui sépare les fesses. Ces accidens se présentent même dans la pratique particulière, malgré les soins les mieux dirigés. En même temps que ces ulcérations ont lieu à la surface du corps, d'autres se montrent quelquefois dans la bouche, sur la langue, sur le voile du palais ; après la mort, on en trouve dans le pharynx et dans l'œsophage. La langue est sèche, gercée, fendillée, parfois d'un rouge livide et comme gonflée, souvent couverte d'une couche noirâtre, fuligineuse ; le malade ne peut la tirer hors de la bouche, où s'il le peut, il oublie de la rentrer et la garde entre ses dents sans s'en apercevoir. Malgré l'état de sécheresse de la langue et des dents le besoin de boire ne se fait pas sentir ; les lèvres sont aussi recouvertes d'un enduit noirâtre analogue à celui de la langue ; la déglutition est difficile ; les selles, noires et fétides, deviennent de plus en plus fréquentes ; tantôt le malade a la conscience du besoin, et demande qu'on lui donne le vase ; tantôt l'excrétion a eu lieu sans sa

volonté, mais il s'aperçoit qu'il est sali, et demande à être changé ; enfin, et ce cas est le plus grave, il n'a la conscience ni du besoin, ni de l'état où il se trouve après l'avoir satisfait dans son lit. Le ventre se météorise de plus en plus, la sueur est fétide ; la vessie, distendue par l'urine, forme une tumeur à l'hypogastre, et on est obligé de recourir au cathétérisme ; la respiration est accélérée ; elle devient souvent haute, suspirieuse. A une époque avancée de la maladie, il n'est pas très-rare de voir survenir des hémorrhagies intestinales ; elles peuvent être fort abondantes et donner de vives inquiétudes. Il paraît aussi quelquefois une ou deux parotides, des abcès aux fesses, aux mollets ou dans d'autres parties, ou un érysipèle qui occupe rapidement une très-large surface. Lorsque la maladie tend vers la mort, la déglutition devient de plus en plus difficile, la peau se refroidit, les ulcères augmentent d'étendue ; il y a des soubresauts des tendons, des évacuations alvines nombreuses et involontaires ; la face est cadavéreuse ; le pouls, d'une fréquence extrême, est petit, vermiculaire ; les mucosités s'accumulent dans la trachée-artère, la respiration s'embarrasse et la mort arrive. Si, au contraire, la maladie doit se terminer par le retour à la santé, le pouls se relève et perd de sa fréquence, la langue se nettoie, s'humecte ; le météorisme diminue ; les selles, moins nombreuses, cessent d'être involontaires, la figure retrouve de l'expression, la prostration est moindre, les mouvemens plus faciles ; le malade n'est plus indifférent pour tout ce qui l'environne, il reconnaît ses parens et ses amis, et semble renaître à la vie.

Dans un certain nombre de cas, la fièvre typhoïde est légère ; il n'y a ni prostration extrême avec fuliginosité de la langue et des dents, ni délire, ni selles involontaires, et alors elle se termine ordinairement à la fin du deuxième-septénaire ou dans le cours du troisième. Si, au contraire, elle se montre avec les symptômes les plus graves, sa durée est plus longue, quelle qu'en soit l'issue. L'état reste souvent stationnaire pendant plusieurs jours, et il est assez commun de ne voir les sujets succomber ou entrer en convalescence que vers le quarantième jour à dater de l'invasion, quelquefois même plus tard.

Dans aucune maladie, peut être, on n'observe des alternatives aussi marquées de bien et de mal : combien de fois ne remarque-t-on pas que certains symptômes graves, tels que la noirceur de la langue, la stupeur, le délire, diminuent, disparaissent même entièrement un jour, pour reparaître le lendemain, et quelquefois avec plus d'intensité. On ne peut compter sur une amélioration réelle que lorsqu'elle a persisté pendant plusieurs jours, et qu'elle est assurée par un certain nombre de signes favorables. Quelques symptômes ont été regardés par plusieurs médecins comme annonçant le plus grand danger : c'est ainsi que M. *Louis* n'a vu guérir aucun des sujets qui ont présenté la roideur des membres ; M. *Leuret*, dans une épidémie de dothinentéries qu'il a eu occasion d'observer à Nancy, a vu que, toutes les fois que l'urine faisait effervescence avec les acides, la mort du malade était presque certaine. La remarque de cet auteur ne s'appliquerait pas seulement à la fièvre typhoïde, mais encore à toutes les autres maladies.

Que de circonspection le médecin ne doit-il pas mettre dans son prognostic ! A quelles erreurs ne s'exposerait-il pas, si, accordant trop d'importance à quelques améliorations passagères, il se hâtait d'annoncer une terminaison heureuse et prochaine ! Soit que la fièvre typhoïde s'accompagne des symptômes les plus graves, soit qu'elle marche avec une bénignité apparente, on doit toujours avoir présent à l'esprit la possibilité d'une perforation de l'intestin grêle, et par suite l'apparition d'une péritonite suraiguë. MM. *Bretonneau*, *Andral*, *Bouillaud*, *Louis*, *Cruveilher*, et d'autres auteurs, rapportent plusieurs cas dans lesquels ce funeste accident s'est présenté. J'en ai vu moi-même deux exemples. Le plus ordinairement, la perforation de l'intestin grêle se manifeste par des symptômes très-caractéristiques ; une douleur vive et déchirante se fait tout à coup sentir dans l'abdomen, les traits se décomposent, la face se grippe; le ventre, très-sensible à la moindre pression, se météorise ; le malade a des frissons continuels, des nausées et des vomissemens. Si la perforation a lieu pendant le délire, la plupart des symptômes qui l'annoncent ordinairement

sont masqués par l'état cérébral, et alors la fréquence de la respiration et le ballonnement du ventre survenus brusquement peuvent être les seules circonstances qui la fassent soupçonner au médecin.

Pendant le cours de la fièvre typhoïde il survient quelquefois une pneumonie ; elle ne débute pas ordinairement les premiers jours ; le plus souvent c'est à une époque avancée. Il s'en faut bien qu'elle se présente avec cet ensemble de symptômes si caractéristiques qu'elle offre lorsqu'elle atteint un sujet sain ; tout semble, au contraire, conspirer pour en masquer l'existence. De là naît la nécessité de percuter et d'ausculter fréquemment la poitrine des malades, afin de s'assurer de l'état des organes respiratoires ; sans cette précaution on s'exposerait à méconnaître souvent cette nouvelle maladie. En effet, quelle habitude clinique ne faudrait-il pas pour en reconnaître l'invasion, si l'on n'avait recours à ces moyens précieux? Quel symptôme bien caractéristique pourrait avertir le médecin de l'existence de cette phlegmasie? est-ce la toux? Mais il est très-fréquent, comme je l'ai dit, de l'observer dès les premiers jours de l'affection typhoïde, et son augmentation, souvent peu sensible lors de l'invasion de la pneumonie, peut laisser l'observateur dans une funeste sécurité sur un symptôme auquel il n'ajoute qu'une importance secondaire : est-ce la douleur de côté? Mais les malades n'en accusent presque jamais, le trouble des fonctions cérébrales leur en ôte la conscience. Est-ce l'existence des crachats sanguinolens? Mais ils manquent presque toujours. Est-ce la dyspnée? Mais, outre qu'elle existe souvent à cette époque sans pneumonie, le météorisme plus ou moins considérable, peut gêner plus ou moins aussi la respiration, et faire attribuer au refoulement du diaphragme par le colon distendu une dyspnée dont la véritable cause est la phlegmasie du poumon. Il faut dire cependant qu'une dyspnée intense, survenue brusquement, peut souvent éclairer le praticien et lui faire soupçonner la complication dont il s'agit. Ce symptôme est toujours fâcheux. *Stoll* avait déjà signalé la fréquence de la respiration dans cette circonstance comme une chose grave ; il avait remarqué que toutes les fois qu'elle a lieu,

lors même que sous tous les autres rapports l'état s'est amélioré, il y a du danger pour la vie du malade; tandis qu'au contraire, la respiration étant libre, les autres symptômes, quoique d'une grande intensité, ne doivent pas faire désespérer de la guérison.

Le diagnostic de l'affection typhoïde est ordinairement facile lorsque le malade se présente au médecin plusieurs jours après l'invasion; mais peu de temps après le début il est souvent fort difficile de prononcer sur la nature de la maladie. Si le sujet est dans les conditions d'âge et de changement d'habitudes que j'ai indiqués, si à un mouvement fébrile assez intense se joignent du dévoiement, de l'insomnie ou des rêves effrayans, une ou plusieurs épistaxis, une faiblesse considérable et que la lésion d'aucun organe ne peut expliquer, il faut craindre le développement de cette maladie. C'est surtout sur ce dernier symptôme (la faiblesse) que M. *Chomel* insiste, et ses élèves savent avec quel soin il s'informe auprès des malades s'ils sont venus à pied ou en voiture à l'hôpital, seuls ou en s'appuyant sur le bras d'un de leurs parens ou amis; il les fait mettre sur leur séant, descendre de leur lit, afin d'estimer leur force musculaire et d'observer leur démarche.

Il est un certain nombre de cas dans lesquels la maladie reste latente pendant tout son cours; elle ne présente alors aucun trait bien marqué. Après quelques frissons au début, elle continue sa marche sous la forme d'un simple embarras gastrique ou intestinal; on ne peut alors que la soupçonner, et quelquefois une perforation de l'intestin grêle vient éclaircir tous les doutes; il est même à remarquer que les chances de perforation sont plus nombreuses chez les sujets dont l'affection paraît légère. Dans les cas douteux, il est utile d'avoir égard à l'état de la rate: elle est augmentée de volume; et si la main ne la sent pas en palpant l'abdomen, la percussion peut avertir de sa tuméfaction. Un homme couché dans une des salles de M. *Louis* à la Pitié, et atteint d'une fièvre typhoïde, a présenté dès le cinquième jour une matité déjà bien plus étendue que les jours précédens dans la région de la rate, ce qui prouve qu'à cette

époque, si rapprochée du début, cet organe était déjà augmenté de volume. Si la tuméfaction de la rate se lie toujours, dans les premiers temps, à l'affection typhoïde, le diagnostic de cette maladie pourra, dans bien des cas, devenir plus certain.

M. *Louis* regarde l'affection typhoïde comme essentiellement distincte de l'entérite proprement dite, et je joins ici, d'après cet auteur, un résumé des principaux caractères qui distinguent ces deux états morbides. L'*entérite* reconnaît presque toujours des causes évidentes, peut se montrer à tous les âges, un nombre indéterminé de fois; il n'y a que peu de fièvre, souvent point; quelquefois même le pouls est plus lent qu'à l'ordinaire; la peau est très-humide, la faiblesse très-peu marquée, proportionnée à l'abondance des évacuations alvines; la somnolence très-rare, et jamais comparable à celle qui a lieu dans l'affection typhoïde; on n'observe ni épistaxis, ni stupeur, ni surdité, ni escharres, ni météorisme, ni délire; les taches roses et les sudamina ne sont pas plus fréquens dans l'entérite que dans les autres maladies. Le prognostic est peu grave : elle est rarement mortelle quand elle attaque des sujets sains, se termine facilement par le seul éloignement des circonstances souvent appréciables qui ont donné lieu à sa production, et dure, terme moyen, douze ou treize jours. La convalescence est facile et courte. Les membranes muqueuses du gros intestin et de l'intestin grêle sont altérées, les plaques elliptiques de l'iléum saines. L'*affection typhoïde* reconnaît pour causes le jeune âge et le changement d'habitudes et de lieux, n'attaque probablement qu'une seule fois le même sujet, s'accompagne de fièvre intense dès le début; la peau est sèche, la perte des forces est extrêmement marquée; il y a épistaxis, somnolence, stupeur, délire, taches roses lenticulaires, sudamina, surdité, météorisme, mouvemens spasmodiques, escharres. Le prognostic de cette maladie est grave; elle est mortelle dans le tiers des cas, et dure, terme moyen, vingt-huit jours. La convalescence est très-longue, le traitement encore incertain. L'altération des plaques elliptiques de l'iléum en forme le caractère anatomique.

La fièvre typhoïde ne vient pas ordinairement compliquer une autre affection. Il est bien vrai que plusieurs des symptômes que l'on observe dans son cours, tels que la stupeur, le délire, la noirceur et la sécheresse de la langue, peuvent se montrer dans d'autres maladies graves, par exemple, sur la fin d'une pneumonie double; mais ils n'apparaissent que dans les derniers jours, et l'on ne doit pas penser qu'alors il y a complication d'une fièvre typhoïde : cette dernière paraît avoir une marche et une durée déterminées, et emprunte ses caractères non-seulement de la nature de ses symptômes, mais encore de l'ordre de leur développement.

Il ne faut pas ajouter trop d'importance à l'état de la langue; des observations rigoureuses ont prouvé qu'il n'existe aucun rapport nécessaire entre l'état de cet organe et celui de l'estomac. La sécheresse et la noirceur de la langue annoncent en général un état grave de l'économie, mais pas plus l'inflammation de l'estomac que celle de tout autre organe.

Anatomie pathologique.

Quand on ouvre les cadavres de ceux qui ont succombé à une affection typhoïde, on trouve souvent un grand nombre de lésions; mais une seule existe presque constamment, et paraît être le caractère anatomique de la maladie : c'est l'altération plus ou moins grave des follicules de *Peyer* et de *Brunner*, placés dans le cinquième inférieur de l'intestin grêle, à laquelle on peut ajouter celle des glandes mésentériques correspondantes à cette portion du tube digestif. C'est à la partie opposée à l'attache du mésentère qu'il faut chercher la lésion qui nous occupe. Lorsque l'affection est peu avancée, on aperçoit au voisinage de la valvule iléo-cœcale, dans les derniers pieds de l'iléon, des plaques de grandeur variable, à peine rougeâtres, s'élevant peu au-dessus du niveau de la membrane muqueuse. A leur surface apparaissent assez souvent un plus ou moins grand nombre de points noirs, qui sont les orifices béans des cryptes que l'inflammation a rendus plus sensibles, et qu'on ne peut plus apercevoir plus

tard. Lorsque la maladie a fait des progrès, ces mêmes plaques ovalaires se dessinent davantage ; elles sont rouges ou jaunâtres, font une saillie très-marquée à la surface de l'intestin, et se présentent comme une masse homogène, dans laquelle on ne distingue plus rien ; elles ont souvent une apparence fongueuse, et se réduisent en pulpe par un léger grattage. Le tissu cellulaire sous-muqueux est aussi épaissi, et contribue à la saillie qu'elles font au-dessus de la muqueuse. En même temps que plusieurs plaques elliptiques présentent cet aspect, d'autres, plus ou moins tuméfiées et ramollies, sont souvent le siége d'ulcérations ; de sorte que les deux degrés de la lésion existent à la fois. Ces ulcérations varient sous le rapport du nombre, de la couleur, de la forme, de la profondeur. Il est assez commun d'en trouver plusieurs à la surface d'une même plaque ; en augmentant d'étendue, elles finissent par se réunir et par donner lieu à une large perte de substance. Dans d'autres cas, une seule ulcération existe ; son diamètre est très-peu considérable, mais elle gagne en profondeur, envahit les trois tuniques de l'intestin, et donne lieu à une péritonite suraiguë qui en quelques heures emporte le malade. J'ai parlé ailleurs de cette funeste terminaison de l'affection typhoïde. Ainsi l'étendue et le nombre des ulcérations ne mesurent pas toujours la gravité de la maladie. Ces ulcérations sont tantôt rougeâtres, lie-de-vin, tantôt fortement colorées en jaune ; elles sont quelquefois exactement arrondies, mais le plus souvent ont une forme plus ou moins ovale, et leur grand diamètre est dans le sens de la longueur de l'intestin : leurs bords, boursoufflés, sont tantôt taillés à pic, tantôt coupés en dédolant ; d'autres fois la membrane muqueuse, décollée, présente des prolongemens angulaires qui flottent à la surface du tube digestif. Le fond est formé par le tissu cellulaire sain, ou rouge et épaissi ; d'autres fois par la membrane musculeuse, plus rarement par la membrane séreuse. Quelquefois on trouve au fond des ulcérations une matière d'un gris jaunâtre, caséiforme, d'une épaisseur variable ; lorsqu'on cherche à l'extraire avec les doigts, tantôt elle se réduit en une espèce de bouillie, tantôt elle présente une certaine résistance,

sort d'une seule pièce, et laisse à la place qu'elle occupait une excavation conique plus ou moins profonde.

L'altération des follicules isolés a lieu dans les mêmes circonstances; c'est également dans les parties de l'iléon voisines du cœcum qu'on aperçoit cette lésion. Les follicules malades paraissent sous forme de petits corps conoïdes grisâtres ou rouges, et présentent quelquefois un orifice d'où la pression peut faire suinter un liquide puriforme; dans quelques cas leur extrémité est ulcérée.

Les degrés les plus graves de la lésion des follicules agminés et isolés ont leur siége dans le voisinage du cœcum et entre les plaques plus ou moins altérées, il ne s'en présente presque jamais dans l'état naturel. On doit conclure de là que l'altération a lieu d'une manière progressive du cœcum vers le duodénum, et non pas simultanément dans des points plus ou moins distans les uns des autres.

Lorsque les sujets succombent dans la convalescence, on trouve les plaques plus ou moins bleuâtres, ayant à peu près leur épaisseur et leur consistance naturelles. A leur surface existent encore des ulcérations, mais à bords affaissés. Dans d'autres points, et toujours à la place qu'occupaient ces ulcérations, on rencontre de véritables cicatrices. Tantôt le centre de ces dernières est tapissé par un feuillet extrêmement mince, comme séreux, continu avec le tissu sous-muqueux du pourtour (*Louis*); tantôt une nouvelle membrane muqueuse semble s'être formée dans les points qui étaient le siége des ulcérations, et se continue avec les portions de muqueuse qui constituaient auparavant les bords de la perte de substance. Cette nouvelle membrane est plus mince que l'autre, et ne présente aucune trace de villosités (*Andral*). D'autres fois le fond de l'ulcère, rouge et injecté, se continue avec les bords affaissés, et l'on voit manifestement des vaisseaux se prolonger de la membrane muqueuse dans le tissu de la cicatrice elle-même (*Bouillaud*). Dans quelques cas, on ne distingue qu'une ligne grisâtre à la place qu'occupait l'ulcération; la membrane péritonéale présente un léger froncement au lieu correspondant à la cicatrisation; et, lorsque la cicatrice est très-récente,

on la déchire avec facilité, et on rend aux ulcères leur disposition première (*Petit* et *Serres*). Le travail réparateur semble suivre la même marche que le travail morbide, de sorte que c'est aussi dans le voisinage du cœcum que commence la cicatrisation.

Il me reste encore à parler des glandes mésentériques, dont l'inflammation se lie presque constamment à celles des follicules. Ces deux lésions sont tellement inséparables, que si, avant d'ouvrir l'intestin, on examine les ganglions du mésentère, et qu'on les trouve malades, on peut être presque sûr de rencontrer dans l'iléum l'altération des follicules dont j'ai parlé plus haut. L'état des glandes mésentériques est dans un rapport exact avec le degré de lésion des cryptes de *Peyer*, de sorte qu'aux plaques enflammées, qui sont peu ou point ulcérées, correspondent des glandes mésentériques seulement rouges, tuméfiées et ramollies, tandis que ces dernières, ont éprouvé une désorganisation plus profonde et contiennent du pus dans les cas où les plaques correspondantes sont largement ulcérées, et où la maladie a duré un temps considérable.

J'ai déjà dit qu'il n'était pas rare de rencontrer des ulcérations dans le pharynx et dans l'œsophage. La rate est presque constamment altérée; elle est considérablement ramollie, et son volume est beaucoup augmenté. La membrane muqueuse de l'estomac est saine, chez une assez grande proportion de ceux qui succombent; elle n'est pas plus fréquemment affectée chez les sujets emportés par cette maladie que chez ceux qui meurent d'autres affections aiguës. Celle de l'intestin grêle est assez souvent dans l'état normal entre les plaques elliptiques malades, surtout lorsque la mort a eu lieu dans les premiers jours. L'anatomie ne découvre rien de particulier dans le cerveau, malgré le trouble que cet organe présente si souvent dans ses fonctions.

Ici se présenterait une question à discuter : Quel rôle joue cette lésion de l'intestin et des glandes mésentériques? Est-elle cause de l'ensemble souvent si formidable de symptômes qui l'accompagnent, ou n'est-elle qu'un des effets de la maladie? Ce point me semble encore

obscur, et les principaux motifs qui divisent encore les médecins sont : 1°. le défaut de rapport entre l'étendue du désordre intestinal et la gravité des symptômes; 2°. l'absence de toute espèce d'altération des follicules, dans des cas rares, il est vrai, mais bien constatés, où pendant la vie tous les symptômes ordinaires de l'affection typhoïde ont été observés.

Les médecins qui partagent les idées des anciens regardent la lésion intestinale comme une crise incomplète. Dans leur opinion une matière morbifique, née dans l'économie ou bien y ayant pénétré, n'a pu être éliminée entièrement par les efforts de la nature médicatrice, et s'est portée sur cette partie de l'intestin.

M. *Bretonneau* pense que la dothinentérie (affection typhoïde) est une fièvre exanthématique, une maladie de la totalité de l'organisme avec lésion spéciale de l'appareil de *Peyer*. Suivant cet auteur, cette lésion est une véritable éruption intestinale, dont les périodes se succèdent dans un ordre régulier; ce n'est pas la phlegmasie intestinale qui produit les symptômes; car, jusqu'à la moitié du terme ordinaire de sa durée, les symptômes de cette affection sont hors de toute proportion avec les lésions qu'on peut apprécier.

La plupart des médecins ont considéré, avec M. *Broussais*, cette maladie comme une gastro-entérite. M. *Bouillaud* (Traité des fièvres dites *essentielles*) partageant, sous plusieurs rapports, cette dernière opinion, s'appuya sur les expériences de MM. *Gaspard*, *Dupuy*, *Magendie*, etc., et sur des observations qui lui sont propres, pour attribuer les symptômes de putridité qui se montrent dans la seconde période des fièvres graves à l'absorption d'une certaine quantité de matières provenant du foyer de la désorganisation, c'est à dire de l'intestin enflammé et ulcéré; de sorte que, par l'absorption, se produiraient ici les mêmes effets qui sont produits par l'injection directe de matières putréfiées dans les veines.

Selon M. *Louis*, la fièvre typhoïde n'est pas une gastro-entérite, car l'estomac n'est pas malade dès le principe, et lorsque l'inflammation s'empare de cet organe, elle doit être considérée comme un phéno-

mène secondaire. Cette maladie n'est pas non plus une entérite, car la membrane muqueuse placée entre les plaques elliptiques de *Peyer* est souvent saine. Il résulte de ses observations, que l'altération des plaques de l'iléum existe constamment chez les sujets morts à une époque rapprochée du début, ainsi que chez ceux qui ont succombé à une époque qui en est éloignée; et, comme dans presque tous les cas où les sujets ont été emportés peu de jours après l'invasion les premiers symptômes se rattachaient à une lésion du canal intestinal, il conclut que les plaques elliptiques commencent à être malades dès le début de l'affection, et que leur altération ne peut pas être considérée comme un des effets de celle-ci. La lésion plus ou moins profonde des follicules de *Peyer* et de *Brunner* est pour cet auteur tellement caractéristique de cette maladie, que dans les cas où, pendant la vie, il a observé les symptômes de cette dernière, s'il ne rencontre pas à l'ouverture du cadavre la lésion qui en est à ses yeux le caractère anatomique, il doute alors qu'il y ait eu dans ce cas une fièvre typhoïde. Sur ce seul point, M. *Louis* diffère d'opinion avec M. *Chomel :* cet autre médecin regarde bien l'altération des glandes de *Peyer* comme le cachet anatomique de la maladie, mais, selon lui, elle n'est déjà qu'un des effets d'une cause générale qui échappe; et, de même que le bubon peut manquer dans la peste, l'éruption dans la variole, la rougeole, de même aussi la lésion des glandes de *Peyer* peut manquer dans la fièvre typhoïde.

M. *Cruveilhier* pense que dans cette maladie, qu'il appelle *entérite folliculeuse primitive aiguë* (Anat. path. du corps humain, 7^me^. livraison, 1830), l'état général, que l'on comprend sous le nom collectif de *fièvre,* est symptomatique au même titre que la fièvre dans les maladies éruptives, dans la pleurésie, la pneumonie, etc. La fièvre, dit cet auteur, préexiste à l'affection locale ; mais bientôt l'état local, qui d'abord était effet, une fois produit, s'élève au rang de cause et semble régir par ses degrés, par la plus ou moins grande rapidité de sa marche, par ses phases diverses, les degrés, la marche et les phases de la maladie.

M. *Andral,* qui, dans la première édition de la Clinique médicale, avait décrit l'altération des plaques de *Peyer* sous le nom d'*exhanthème interne,* tout en reconnaissant (Clinique médic, 2me. édit., *Maladies de l'abdomen*) que les cas où les fièvres graves se lient à la lésion des follicules sont les plus nombreux, établit néanmoins, d'après ses observations, qu'il est d'autres circonstances dans lesquelles des symptômes semblables à ceux de la fièvre typhoïde s'observent pendant la vie, quoiqu'à l'ouverture du cadavre on ne trouve aucune trace d'affection des glandes de *Peyer,* mais des lésions diverses soit du tube digestif, soit même d'autres organes. Ce médecin pense que ces lésions peuvent être regardées comme point de départ de ces symptômes, quoique l'intensité de ceux-ci contraste en apparence avec le peu de profondeur et d'étendue de celle-là. Voici comment il s'exprime à ce sujet (Clin. méd., 2me. édit., pag. 253) : « N'est-il pas raisonnable de penser que les diverses lésions que l'anatomie découvre dans le tube digestif des malades qui succombent pendant le cours d'une fièvre grave n'en sont pas l'unique cause? Ne doit-on pas établir que les phénomènes ataxiques et adynamiques dépendent beaucoup moins, dans certains cas, de la nature et de l'intensité seules de la lésion intestinale, que de la disposition dans laquelle cette lésion intense ou légère trouve l'innervation? Que si maintenant on voit apparaître ces divers phénomènes appelés *adynamiques* ou *ataxiques,* dans des cas où, à l'ouverture des cadavres, on trouve le tube digestif sain et d'autres organes lésés, la proposition que nous venons d'établir ne se trouvera-t-elle pas singulièrement confirmée par de pareils faits, et ne serons-nous pas en droit de dire qu'une fièvre adynamique, ataxique, typhoïde, etc., etc., est le résultat d'un trouble d'action des centres nerveux; trouble quelquefois primitif et pouvant alors exister sans lésion appréciable à l'ouverture des corps, mais le plus souvent consécutif et se développant alors à l'occasion de la lésion d'un organe quelconque du tube digestif comme de tout autre? »

Telles sont les principales opinions des médecins sur l'importance

qu'il faut attacher à la lésion de l'intestin dans la fièvre typhoïde : j'ai cru devoir les rapporter, afin de justifier l'incertitude dans laquelle je me trouve sur cette question.

Traitement.

Avant d'exposer le peu de secours que l'art met entre les mains des médecins pour combattre cette maladie, je me hâte de dire que la nature seule suffit, dans un assez grand nombre de cas, pour la guérir. Cette pensée consolante doit rendre difficile lorsqu'il s'agit d'admettre de nouveaux moyens de traitement, et d'apprécier ceux qui sont en usage aujourd'hui. La fièvre typhoïde n'est pas une de ces maladies où une médication énergique, dirigée par des mains habiles, peut arrêter les progrès du mal comme par enchantement, et rendre en peu de jours à la santé celui qui semblait condamné à succomber; elle poursuit son cours malgré toutes les méthodes de traitement, sans même paraître influencée par aucune d'une manière bien notable. Si, d'une part, on jette un coup d'œil sur les diverses manières dont les anciens ont traité cette affection ou d'autres qui avaient avec elle la plus grande ressemblance, on voit qu'ils ont obtenu des succès par des moyens différens, quelquefois même opposés; et si, d'autre part, on connaît sa marche irrégulière, quand elle est abandonnée à elle-même, les alternatives si remarquables et si fréquentes de bien et de mal qui se présentent dans son cours, la suspension insidieuse de plusieurs symptômes graves qui reparaissent bientôt après avec autant de violence, on est tenté de croire que plusieurs de ces améliorations imputées aux médications diverses n'étaient, dans plus d'un cas, que l'effet de la marche naturelle de la maladie. De nos jours les praticiens ne s'accordent pas encore tous sur le mode de traitement qu'il convient d'adopter. Je vais exposer successivement quelques-unes des médications conseillées par plusieurs médecins de notre temps.

Les vomitifs ont joué un rôle dans le traitement des fièvres graves :

on les a administrés dans les premiers jours de la maladie, lorsqu'il se manifeste des symptômes d'embarras gastrique, tels que la saleté de la langue, l'amertume de la bouche, etc. *Hildenbrand*, dans le traitement d'une affection qui a beaucoup de rapports avec celle qui nous occupe, avait une grande confiance dans ce moyen, et pensait qu'un vomitif bien indiqué et donné dès le commencement imprimait à la maladie, pour le reste de son cours, un caractère bénin. Dans certains cas d'embarras gastrique sans fièvre ou même avec fièvre, que rien ne prouve se rattacher à l'affection typhoïde, l'émétique a une action non équivoque, les vomissemens qu'il excite guérissent quelquefois très-rapidement; mais il n'en est pas, ce me semble, ainsi dans la fièvre typhoïde. J'ai vu, dans quelques circonstances, administrer deux grains d'émétique; les malades éprouvaient des vomissemens, mais n'en retiraient aucun avantage bien tranché. Dans d'autres cas semblables où existaient les symptômes qui indiquent ordinairement l'emploi de ce médicament, j'ai vu des médecins ne faire qu'une attention secondaire à ces mêmes symptômes, et laisser le malade à l'usage des délayans; au bout de quelques jours ces accidens gastriques avaient disparu d'eux-mêmes, et la maladie m'a semblé poursuivre son cours en ne présentant ni plus ni moins de gravité que dans les cas où le tartre stibié avait été administré.

M. *Laennec* essaya l'émétique à haute dose dans cette affection, selon la méthode de *Razori*. Il en faisait donner trois, quatre, six grains par jour, étendus dans une livre d'infusion de feuilles d'oranger édulcorée, avec ou sans addition d'une once de sirop diacode, selon qu'il y avait ou non du dévoiement. On ne le fit prendre qu'à une époque avancée de la maladie, lorsqu'il y avait déjà prostration, ballonnement du ventre avec ou sans douleur, stupeur, sécheresse de la langue, chaleur à la peau, etc. Cette médication, dit M. *Lagarde* (Revue médicale, 1826, tom. 1^er^., pag. 182), ne présenta ni inconvénient ni avantage bien marqué; l'affection continuait son cours comme à l'ordinaire, et comme elle eût marché probablement pendant l'emploi de quelque autre moyen que ce fût.

Les purgatifs ont été conseillés par le docteur *Hewett*. Ce médecin pense que la cause de la tuméfaction et par suite de l'ulcération des follicules consiste en ce que l'orifice de chacun de ceux-ci est obstrué par une matière épaissie, qu'eux-mêmes ont sécrétée, et qui les distend. Dans cette manière de voir, les purgatifs désobstrueraient les orifices des glandes de *Peyer* et de *Brunner*, et préviendraient leur distension et leur ulcération.

M. *A.-L.-J. Bayle*, dans un résumé des observations publiées jusqu'à ce jour sur l'emploi médical du phosphore et de ses préparations (Bibliothèque de thérapeutique), cite des effets si extraordinaires obtenus par l'emploi de ce médicament dans les fièvres graves, qu'on est porté à penser que les auteurs auxquels il emprunte ces résultats ont omis de tenir compte des cas dans lesquels son emploi n'aurait pas été suivi de succès. C'est ainsi qu'il rapporte que, sur vingt-cinq fièvres continues graves (typhus, fièvres putrides, ataxiques, adynamiques), au moment où l'on recourut au phosphore, plus de la moitié des sujets auxquels on l'administra étaient hors d'espoir; plusieurs étaient à l'agonie, ayant le pouls faible ou imperceptible, les extrémités froides, la sensibilité éteinte, les sens suspendus : le résultat du traitement aurait été la guérison de vingt-deux malades, et une amélioration prompte et passagère chez trois. Je n'ai jamais vu employer les préparations de phosphore dans les fièvres graves, et je pense que les faits que je viens de rapporter ne suffisent pas pour en motiver l'usage.

A l'époque de *Pinel*, la dénomination de *fièvre adynamique*, donnée à cette maladie, fut cause que beaucoup de médecins employèrent les toniques, et les prescrivirent à une époque trop rapprochée du début. MM. *Petit* et *Serres* pensèrent que leurs succès étaient dus à l'usage du quinquina, de l'acétate d'ammoniac, des potions aromatiques, etc. M. *Petit* s'exprime ainsi (Traité de la fièvre entéro-més., p. 32, introduction) : « Tout, depuis que j'ai adopté cette méthode, « m'a paru devoir m'y confirmer : des succès de jour en jour plus « évidens et plus nombreux, lorsque j'en ai suivi la direction avec

« plus de fermeté et de persévérance ; une terminaison plus fréquem-
« ment funeste, lorsque quelque complication m'a contraint de m'en
« éloigner ; la certitude que nous nous sommes procurée de l'ineffi-
« cacité des autres méthodes, particulièrement lorsque les débili-
« tans et surtout les purgatifs en étaient le fondement., etc., etc. »
M. *Neumann*, médecin de la Charité à Berlin, dans un mémoire publié, il y a peu d'années, sur les ulcères intestinaux dans les fièvres typhoïdes, conseille aussi les toniques et les excitans.

Les émissions sanguines ont été préconisées à leur tour, et l'on a espéré, par leur emploi, arrêter cette maladie dans son cours ; mais les succès n'ont pas été plus marqués que par les autres méthodes. Sans doute, dans plusieurs cas où l'on craignait le développement d'une affection typhoïde, l'usage de ce moyen a paru enlever la maladie ; mais si l'on réfléchit que ces émissions sanguines ont été employées tout à fait dès le principe, condition exigée par les partisans de cette médication, et qu'à cette époque les plus habiles praticiens ne peuvent que soupçonner vaguement le développement de l'affection dont il s'agit ici, il est assez probable que, dans beaucoup de ces cas, cette médication active n'a été dirigée que contre une maladie sans grande importance, et qui d'elle-même, peut-être, aurait pu se guérir. On convient assez aujourd'hui que les saignées générales ou locales, même très-abondantes, dès le principe, ne peuvent pas arrêter la marche d'une fièvre typhoïde bien constatée. La période adynamique arrive avec tous ses symptômes comme pendant l'emploi de toute autre médication ; la durée n'est pas abrégée, et souvent, à une époque avancée, on regrette le sang perdu. De plus, les convalescences, déjà si longues dans cette maladie, ont paru être plus longues encore, et les sujets restent alors, jusqu'au complet rétablissement, avec toutes les chances qu'entraîne toujours avec elle la faiblesse, résultat nécessaire de la soustraction du sang. On sait que plus les malades sont faibles, plus les inflammations sont fréquentes, plus elles sont graves, plus elles parcourent avec rapidité leurs périodes, et moins l'art a de moyens de les combattre.

M. *Bretonneau* est d'avis que les évacuations sanguines et les médi camens, quels qu'ils soient, peuvent nuire et sont rarement employés avec avantage ; il laisse la maladie suivre sa marche naturelle, et vers le dix-septième jour, époque à laquelle, selon cet auteur, se détachent les bourbillons gangréneux, il conseille de légers purgatifs pris parmi les sels neutres, pour éviter la stimulation que cause à la surface de l'intestin ulcéré la présence de la bile, qui y afflue à cette période, et pour empêcher le contact prolongé du détritus des furoncles avec les excavations ulcéreuses qu'ils y ont laissées.

M. *Bally*, qui donne à cette maladie le nom d'*ilæodiclidite*, fait appliquer, dans les premiers jours, une quantité assez considérable de sangsues sur la région iliaque droite; et, lorsque les symptômes lui annoncent le passage de la première à la seconde période, il fait placer un emplâtre de poix de Bourgogne, saupoudré de tartre stibié, sur les piqûres des sangsues ; il prescrit, pendant tout le cours de la maladie, des lavemens émolliens et des boissons délayantes; il évite l'emploi des toniques.

L'eau gazeuse, remise en usage par les médecins anglais dans le traitement de cette affection, fut essayée par M. *Chomel*, pendant deux années de suite, à sa clinique. Les résultats obtenus pendant l'année 1828 parurent être en faveur de ce médicament, donné en lavement et en boisson ; mais en 1829, ce professeur ayant traité de cette manière la moitié de ceux qui furent admis dans ses salles avec des fièvres typhoïdes, et l'autre moitié par les moyens ordinaires, la mortalité fut égale de part et d'autre. Il faut conclure de cet essai que, sans rejeter l'emploi de l'eau gazeuse dans cette maladie, il ne faut pas avoir une foi trop vive dans son action.

Quoi qu'il en soit de ces différens traitemens, il est une médication mixte, adoptée aujourd'hui par plusieurs praticiens, et qui m'a paru assez souvent être suivie de succès; c'est celle qui est employée par M. *Chomel*, et dont les recherches de M. *Louis* semblent avoir établi l'utilité. Cette méthode, puisant ses indications dans les phénomènes les plus saillans de la maladie, et changeant de moyens lorsque le mal

change de forme, appelle à son aide les émissions sanguines modérées et les toniques, et sait les employer selon les différentes époques. C'est ainsi qu'elle cherche à apaiser les symptômes de réaction générale de la première période, et soutient les forces du malade dans la seconde ; et, marchant entre deux écueils, elle évite d'une part les funestes effets des saignées abondantes et continuées trop tard, et de l'autre les dangers des toniques administrés trop tôt. Dans la première période, surtout si le sujet est jeune et d'une constitution robuste, lorsque la réaction est prononcée, le pouls plein et fréquent, il convient de faire une ou deux saignées de douze onces, plus ou moins, selon l'intensité du mouvement fébrile. Il résulte des observations de M. *Louis*, que le pouls a diminué de vitesse après les émissions sanguines par la lancette plus souvent qu'après l'application des sangsues. On prescrit des boissons délayantes rendues agréables au goût, telles que la solution de sirop de groseilles, de limon, de gomme, etc. On ordonne un lavement de graine de lin chaque jour, pour entraîner au dehors les matières fécales qui acquièrent souvent une odeur très-fétide et des qualités irritantes. Tels sont les moyens très-simples dont on fait usage dans la première période ; il faut les continuer dans la majeure partie de la seconde, et ne les abandonner que le plus tard possible ; ils suffisent même à la guérison de la plupart des malades ; mais lorsque la faiblesse devient le symptôme prédominant, que le pouls, médiocrement fréquent, est lui-même très-faible, la prostration très-considérable, que la chaleur n'est pas trop forte et qu'en même temps aucun symptôme ne peut faire craindre une lésion actuelle de la membrane muqueuse de l'estomac, c'est alors le moment d'administrer les toniques. Assez souvent, sous leur influence, l'amélioration est assez prompte pour qu'on ne puisse guère douter qu'ils y aient contribué ; la langue s'humecte, la soif diminue, les selles deviennent moins nombreuses, la figure reprend un aspect plus satisfaisant, le pouls se relève et perd de sa fréquence. On donne le quinquina en infusion ou en décoction ; on le fait prendre en extrait ou dans des potions gommeuses, à la dose d'un demi-gros à deux gros.

On peut obtenir les mêmes effets avec le sulfate de quinine à la dose de huit, dix, douze et vingt grains dans une potion aromatique ou gommeuse, avec une limonade vineuse donnée pour boisson. Des lavemens rendus plus ou moins toniques avec une infusion légère de quinquina ou bien le simarouba, sont employés avec avantage; on donne aussi des lavemens de camomille camphrée; on fait sur l'abdomen des embrocations avec le vin aromatique, l'alcohol camphré. Le musc, le castoréum, l'acétate d'ammoniaque, sont quelquefois employés pour calmer les désordres nerveux; plusieurs médecins blâment l'usage de ces derniers moyens. M. *Louis* fait remarquer que leur introduction dans l'estomac n'est pas sans danger à une époque de la maladie ou les phénomènes cérébraux masquent fort souvent tous les autres, de sorte que l'estomac peut être enflammé sans que les symptômes qui annoncent ordinairement la phlegmasie de ce viscère l'aient révélée. Il est important de surveiller avec soin l'emploi des toniques; on est quelquefois obligé d'en suspendre l'usage pendant quelques jours, pour y avoir de nouveau recours plus tard; tel est le cas où le pouls s'accélère, ou la peau acquiert plus de chaleur et de sécheresse.

Des pilules camphrées-nitrées, auxquelles on associe du musc, ont paru utiles entre les mains de M. *Cruveilhier*, surtout lorsque la maladie se dessine sous la forme ataxique. Cet observateur, rapprochant le délire de l'affection typhoïde de celui qui a lieu dans le *delirium tremens*, a employé l'opium à haute dose (un grain le matin et un grain le soir), et il pense avoir, dans quelques cas, triomphé de ce redoutable symptôme.

On est dans l'usage de faire appliquer des vésicatoires aux membres inférieurs pour combattre la somnolence et le délire; quelques médecins préfèrent les sinapismes, se fondant sur ce que la peau est moins sujette à s'ulcérer et à se gangréner, accident si commun dans cette maladie, et dont la guérison se fait si long-temps attendre. On donne en général la préférence aux vésicatoires sur les sinapismes, parce que ces derniers causent une irritation trop vive, et peuvent

augmenter les accidens cérébraux, en retentissant avec trop de violence sur les centres nerveux; d'ailleurs leur action n'est pas continue: les vésicatoires, au contraire, dont l'action est moins vive, entretiennent une dérivation modérée et non interrompue, qui sert à contrebalancer l'état cérébral sans risquer de l'augmenter. M. *Louis* pense qu'il faut proscrire également ces deux moyens; il les regarde comme une nouvelle maladie ajoutée à une ou plusieurs maladies; et le danger des ulcérations si difficiles à guérir, dont ils sont souvent l'occasion, ne lui paraît pas compenser les avantages équivoques de leur emploi.

Les sangsues mises au cou et la glace appliquée sur la tête n'ont qu'un effet très-douteux, soit qu'on n'emploie qu'un seul de ces deux moyens, soit qu'on en réunisse l'usage.

Lorsqu'il y a tremblement et roideur des membres, si le pouls n'est pas très-faible, s'il n'y a pas de disposition aux syncopes, des bains tièdes pendant un quart-d'heure, une demi-heure, peuvent être utiles. Il faut régler le temps pendant lequel le malade restera dans le bain d'après l'effet qu'il en éprouvera. Il serait imprudent, je pense, d'avoir recours à ce moyen si la température était très-froide; le malade pourrait être atteint de pneumonie, complication que nous avons vue être assez fréquente.

Il est une autre partie du traitement qui se compose entièrement de soins hygiéniques, et qu'il est fort important de ne pas négliger. L'air doit être renouvelé souvent. Si l'on applique des vésicatoires, il est utile de ne les placer que sur des parties qui ne supportent pas le poids du corps. M. *Cruveilhier* a eu beaucoup à se louer des vésicatoires appliqués à la partie interne des cuisses. Il faut changer autant que l'on peut la situation du malade, pour éviter les funestes effets de la compression, couvrir les hanches, le siége avec un large morceau de sparadrap, entretenir la plus grande propreté du lit, surtout pendant le délire, le malade ne s'apercevant pas que ses draps sont salis. Malgré toutes ces précautions, il est fort commun de voir des ulcérations se former aux fesses et au sacrum. Il faut souvent

palper l'abdomen, pour s'assurer si la vessie, distendue par l'urine, fait saillie à l'hypogastre, et avoir, dans ce cas, recours au cathétérisme.

La convalescence est ordinairement très-longue. On ne doit pas se presser d'accorder des alimens solides, lors même que la fièvre a cessé, et que les sujets, se croyant tout à fait guéris, demandent avec instance de quoi satisfaire leur faim, souvent dévorante. L'altération intestinale peut exister encore à cette époque; elle a cessé seulement de s'étendre, mais est loin d'être guérie; des écarts de régime pourraient facilement devenir funestes. L'intestin est alors dans les mêmes conditions que le poumon, qui reste souvent malade pendant une semaine ou deux après que les phénomènes généraux de la pneumonie ont disparu. On commencera par donner quelques crèmes de riz, des bouillons de poulet, des laits de poule; on en surveillera l'effet; et, si le pouls s'accélérait, s'il y avait du dévoiement, il faudrait attendre encore. Si, au contraire, ces légers alimens sont bien supportés, on donnera peu à peu des potages au gras, faits avec différentes fécules; puis après on permettra de légers poissons, des viandes de facile digestion.

On donne quelquefois un purgatif dans le commencement de la convalescence, après la chute complète du mouvement fébrile. Des praticiens recommandables ne regardent pas cette méthode comme nuisible, et même pensent que la convalescence est plus rapide sous l'influence d'un tel moyen. Si le seul avantage qui résulte, dans cette circonstance, de l'emploi d'un purgatif est une convalescence plus rapide, je pense qu'il faut rejeter l'usage de ce médicament. Pourquoi s'exposer à ranimer dans l'intestin l'inflammation éteinte, il est vrai, mais dont les ravages ne sont pas encore réparés, et faire naître des chances inutiles de perforation de l'intestin grêle? Il vaut mieux attendre du temps une convalescence exempte de danger.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. Oportet autem non modò se ipsum exhibere quæ oportet facientem, sed etiam ægrum, et præsentes, et externa. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Ubi somnus delirium sedat, bonum. *Sect.* 2, *aph.* 2.

III.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Ibid.*, *aph.* 71.

IV.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Ibid.*, *aph.* 19.

V.

Multùm et derepentè vacuare, aut replere, aut calefacere, aut frigefacere, aut alioquocunque modo corpus movere, periculosum est : omne si quidem multum naturæ inimicum. Quod verò paulatim fit, tutum est; tùm aliàs, tùm si quis ex altero ad alterum transeat. *Ibid.*, *aph.* 51.

VI.

Qui sanguinem spumosum expuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. *Sect.* 5, *aph.* 13.